

Rapport d'activité 2024

Surveillance de l'assurance-maladie sociale
et de l'assurance-accidents



Impressum

Éditeur

Office fédéral de la santé publique OFSP
Division Surveillance de l'assurance

Contact

Office fédéral de la santé publique OFSP
Case postale
CH-3003 Berne
Aufsicht@bag.admin.ch
www.ofsp.admin.ch/assurancemaladie

Date de parution

Février 2025

Commandes

OFCL, Diffusion des publications fédérales, CH-3003 Berne
www.publicationsfederales.admin.ch
N° de commande : 316.929.f

Versions linguistiques

Cette publication paraît en français et en allemand.

Version numérique

Disponible au format PDF dans les deux versions linguistiques à l'adresse www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/taetigkeitsberichte/taetigkeitsbericht-aufsicht-soziale-kranken-und-unfallversicherung.html zur Verfügung.

Concept graphique et typographie

diff. Kommunikation SA, Berne

Table des matières

1	Avant-propos	6
2	Bases juridiques	7
2.1	Surveillance de l'assurance-maladie	7
2.2	Surveillance de l'assurance-accidents.....	7
2.3	Surveillance de l'assurance militaire	7
3	Surveillance des assureurs-maladie	8
3.1	Surveillance intensive	8
3.2	Test de solvabilité LAMal 2024	8
3.3	Approbation des primes 2025.....	9
3.4	Analyse, monitoring et transparence des frais administratifs	12
3.5	Contrôle de la fortune liée et du SCI par l'organe de révision externe	13
3.6	Réassurance dans la LAMal	14
3.7	Gouvernance d'entreprise	14
3.8	Audit	15
3.9	Surveillance juridique et LTrans	16
4	Surveillance des assureurs-accidents	19
4.1	Comptes d'exploitation	19
4.2	Tarifs de primes.....	19
5	Surveillance de l'assurance militaire	20
5.1	Primes des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative	20
6	Surveillance de l'Institution commune LAMal	21

7	Autres activités en relation avec la surveillance.....	22
7.1	Données de la surveillance	22
7.2	Projet ISAK Relaunch : remplacement du système d'information pour la surveillance de l'assurance-maladie	22
7.3	Demandes des assurés	23
7.4	Coordination avec le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT), l'Autorité fédérale de surveillance des fondations (ASF) et la FINMA	23
7.5	Révision de la surveillance intensive	24
7.6	Révision du test de solvabilité LAMal.....	24
8	Annexes: législation.....	26
8.1	Législation relative à l'assurance-maladie	26
8.2	Législation relative à l'assurance-accidents.....	28
8.3	Législation relative à l'assurance militaire.....	29
9	Glossaire	32
10	Liste des abréviations.....	33



1 Avant-propos

Le contexte de la surveillance de l'assurance reste marqué par la croissance des dépenses de santé, qui est supérieure à la moyenne. Pour la troisième année consécutive, les assureurs-maladie ont enregistré une perte sur leurs activités d'assurance au cours de l'exercice 2023. Cette perte atteint près de deux milliards de francs pour l'ensemble des assureurs. Elle a pu être compensée en partie par le rendement positif du capital.

Les réserves ont encore baissé

De début 2023 à début 2024, les réserves de tous les assureurs-maladie sont passées de 8,5 à 7,3 milliards de francs. Elles ont entièrement absorbé les pertes. Le taux de solvabilité des assureurs-maladie a baissé, passant d'environ 130 à 120 %. Si les assureurs-maladie disposent dans l'ensemble de réserves suffisantes, certains ne remplissent plus les exigences minimales en 2024 et ont dû prendre des mesures pour remédier à cette situation.

Les primes suivent l'évolution des coûts

La hausse des primes de 6,0 % en moyenne pour 2025 s'explique par la croissance des coûts de l'assurance-maladie. En effet, les primes suivent l'évolution des coûts, dont la hausse se maintient à un niveau élevé. Alors que les coûts avaient déjà augmenté de 4,6 % en 2023, soit plus que la moyenne à long terme, leur croissance était toujours de 4,4 % par personne au cours des neuf premiers mois de 2024 par rapport à la même période de l'année précédente. Tous les groupes de coûts (traitements ambulatoires dans les cabinets médicaux et les hôpitaux, traitements hospitaliers stationnaires, médicaments, établissements médico-sociaux, etc.) ont contribué à cette augmentation. Par ailleurs, les conséquences du renchérissement se font davantage sentir depuis 2024. Elles se manifestent toujours avec un certain retard dans le secteur de la santé, car il n'existe pas d'adaptation automatique des tarifs, qui doivent à chaque fois être renégociés entre les partenaires tarifaires.

Révision des instruments de surveillance

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) identifie les assureurs-maladie susceptibles de connaître des difficultés financières et les soumet à une surveillance intensive. Afin de pouvoir réagir le plus rapidement possible, le processus de sélection des assureurs soumis à une surveillance plus poussée a été revu. Les assureurs-maladie concernés ont été contactés au début de l'année 2024 afin de discuter suffisamment tôt de leur situation financière et des mesures envisageables.

Le test de solvabilité LAMal est un outil de surveillance central qui s'inspire du Swiss Solvency Test (SST) de la FINMA. L'OFSP vérifie régulièrement si le modèle utilisé reflète les risques de manière adéquate. En 2024, il a décidé d'y apporter certaines modifications. Pour cela, il a fait appel à des experts externes et a réalisé un test pilote en collaboration avec les assureurs afin d'examiner en détail les effets de la révision prévue. Le test de solvabilité LAMal révisé entre en vigueur en 2025. Le calcul de la solvabilité a pu être considérablement simplifié sur plusieurs points, sans pour autant perdre de sa pertinence. Cela permet de réduire la charge de travail pour les assureurs-maladie.

Philipp Muri
Responsable de la division Surveillance de l'assurance

2 Bases juridiques

2.1 Surveillance de l'assurance-maladie

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les assureurs de l'assurance-maladie sociale (caisses-maladie et entreprises d'assurance privées concernées), les réassureurs de l'assurance-maladie sociale ainsi que l'Institution commune LAMal (IC LAMal) en vertu de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal; RS 832.12), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, et de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal; RS 832.121). En tant qu'autorité de surveillance, il doit notamment protéger les assurés contre les abus et garantir la solvabilité des assureurs-maladie. Outre les directives de financement et les prescriptions relatives à l'approbation des primes, la LSAMal et l'OSAMal fixent des règles en matière d'activité irréprochable, de gestion des risques, de contrôles internes et de révision externe, règles que les assureurs-maladie doivent suivre et que l'autorité de surveillance doit contrôler.

2.2 Surveillance de l'assurance-accidents

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire (AA), régie par la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), on distingue, d'une part, la surveillance de l'application uniforme de la loi (surveillance de l'application) et, d'autre part, la surveillance de la gestion et de la solvabilité (surveillance institutionnelle). La surveillance de l'application est du ressort de l'OFSP pour toutes les sociétés d'assurance qui proposent l'assurance au sens de la LAA, qu'il s'agisse d'assureurs privés, de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) ou de caisses publiques d'assurance-accidents.

En ce qui concerne la surveillance institutionnelle, elle incombe à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) lorsqu'il s'agit d'assureurs privés. L'OFSP et la FINMA coordonnent leurs activités. La haute surveillance institutionnelle sur la CNA incombe au Conseil fédéral; elle est exercée par l'OFSP, tandis que la surveillance institutionnelle directe de cette caisse incombe à son conseil d'administration. Les caisses publiques d'assurance-accidents, pour leur part, sont surveillées par les collectivités qui les ont mises en place. Enfin, les assureurs visés par la LSAMal sont soumis à la surveillance de l'OFSP, tant pour ce qui est de l'application que sous l'angle institutionnel.

2.3 Surveillance de l'assurance militaire

La surveillance de l'assurance militaire est exercée par deux organes fédéraux: l'OFSP et le Contrôle fédéral des finances (CDF).

Le Conseil fédéral a confié la gestion de l'assurance militaire à la CNA, qui doit administrer cette assurance sociale comme une branche distincte, avec une comptabilité séparée. L'OFSP surveille et coordonne l'application de l'assurance militaire.

3 Surveillance des assureurs-maladie

3.1 Surveillance intensive

L'OFSP surveille la situation financière des assureurs-maladie. Pour protéger les assurés et garantir que la direction des assureurs concernés prenne les mesures nécessaires, l'autorité de surveillance dispose de l'outil de la surveillance intensive. Cet outil lui permet d'identifier sans tarder les situations particulières et de surveiller étroitement les assureurs-maladie. Il complète les rapports réguliers des assureurs et l'obligation pour ces derniers d'annoncer les faits de grande importance à l'autorité de surveillance conformément à l'art. 35, al. 3, LSAMal.

Au début de l'année, la situation de chaque assureur-maladie est évaluée, notamment sur la base des comptes annuels provisoires et de l'évolution des effectifs. En fonction de cette évaluation ou d'autres informations ultérieures, les assureurs dont l'exposition aux risques est jugée importante sont tenus de présenter périodiquement un rapport à l'autorité de surveillance (*reporting*).

L'outil de la surveillance intensive remplace le concept d'intervention, qui était l'outil équivalent jusqu'en 2023 ([voir ch. 7.5](#)). D'une part, le processus est désormais plus rapide et plus flexible, ce qui facilite la communication avec les assureurs-maladie. D'autre part, le *reporting* a été actualisé et offre une vue d'ensemble plus claire de la situation des assureurs, notamment de l'évolution de leurs liquidités et des résultats attendus pour l'année en cours.

La surveillance intensive de l'OFSP utilise quatre catégories pour classer les assureurs-maladie. La première catégorie (verte) comprend les assureurs pour lesquels la surveillance n'a identifié aucune situation particulière en matière de risques. Les autres catégories (jaune, orange, rouge) impliquent, en fonction du niveau d'exposition aux risques mis en évidence par le *reporting*, une prise de position ou une transmission de données unique, mensuelle ou trimestrielle. La dernière catégorie (rouge) est celle des assureurs-maladie menacés d'insolvabilité.

L'OFSP a communiqué les résultats de son évaluation aux assureurs-maladie concernés. Il les a informés des faiblesses constatées et des exigences associées, en leur demandant de prendre position. En 2024, huit assureurs-maladie ont été classés dans la catégorie jaune, trois dans la catégorie orange et aucun dans la catégorie rouge.



11

assureurs ont été surveillés dans le cadre d'une surveillance intensive

Tous les assureurs concernés ont fourni les données demandées, expliqué leurs estimations et pris des mesures lorsque cela était nécessaire. Dans un cas, une augmentation des primes en cours d'année a été décidée et publiée sur le site de l'OFSP sous la rubrique « [Mesures de surveillance](#) ». L'autorité de surveillance a jugé que les mesures prises par les autres assureurs-maladie étaient efficaces et a mis fin, lorsque cela était possible, aux obligations de rapport supplémentaires ou a réduit la fréquence de ces rapports.

3.2 Test de solvabilité LAMal 2024

Les assureurs-maladie sont tenus de constituer des réserves suffisantes afin de protéger les assurés contre le risque d'insolvabilité. Ces réserves sont financées par les bénéficiaires et compensent les pertes enregistrées certaines années. Tout l'argent des primes reste ainsi dans le système de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Depuis 2012, le test de solvabilité LAMal permet d'évaluer la situation financière d'un assureur-maladie. Il s'agit d'un standard bien établi dans le domaine de la finance et de l'assurance, qui s'inspire du Swiss Solvency Test (SST) de la FINMA et qui permet de vérifier qu'un assureur-maladie dispose de réserves suffisantes pour supporter ses risques. Les principaux éléments pris en compte sont les incertitudes autour des montants des prestations d'assurance et des pertes inattendues sur les placements de capitaux. Des événements rares comme une pandémie ou

une crise des marchés financiers entrent également en ligne de compte. Chaque assureur-maladie doit détenir des réserves suffisantes pour pouvoir couvrir l'ensemble de ses engagements, même en cas d'année catastrophique (comme il n'en arrive qu'une fois par siècle).

Une part importante des engagements des assureurs-maladie est constituée par les provisions techniques. Pour pouvoir évaluer l'adéquation et le risque d'estimation des provisions, l'OFSP collecte chaque année, avec une granularité mensuelle, les données concernant le traitement des cas des cinq dernières années.

L'OFSP a contrôlé les calculs et les rapports des assureurs-maladie concernant le test de solvabilité LAMal 2024. Au cours de cet exercice, l'autorité de surveillance a exigé quelques informations complémentaires et la présentation du rapport de l'actuaire LSA pour les assureurs-maladie mixtes, c'est-à-dire pratiquant à la fois l'assurance sociale et l'assurance complémentaire.

Les taux de solvabilité, les niveaux minimaux des réserves pour l'année 2024 et les réserves disponibles au 1^{er} janvier 2024 ont été publiés fin septembre, en même temps que les primes approuvées. Une [fiche d'information](#) rassemble par ailleurs des explications complémentaires concernant le test de solvabilité LAMal ainsi que des tableaux, des graphiques, des descriptions et des justifications sur l'évolution de la solvabilité de l'ensemble du marché LAMal. Le tableau ci-dessous indique, par année, le nombre d'assureurs-maladie dont la solvabilité était insuffisante.

Année	2016	2017	2018
Nombre total d'assureurs	63	59	57
Nombre d'assureurs dont la solvabilité est insuffisante	14	6	2

Année	2019	2020	2021
Nombre total d'assureurs	57	56	55
Nombre d'assureurs dont la solvabilité est insuffisante	0	1	2

Année	2022	2023	2024
Nombre total d'assureurs	50	49	44
Nombre d'assureurs dont la solvabilité est insuffisante	0	7	11

La méthodologie du test de solvabilité LAMal est périodiquement contrôlée. Un mandat externe a permis de concevoir des possibilités d'amélioration visant à adapter le modèle aux besoins actuels et aux conditions du marché. Les propositions de modification des scénarios élaborées par l'OFSP sur cette base ont été discutées avec le groupe de travail de l'Association suisse des actuaires (ASA) dédié à l'assurance-maladie. En 2024, un test pilote a été réalisé pour permettre aux assureurs-maladie de vérifier les effets sur leurs calculs. La participation à ce test était facultative, mais de nombreux assureurs y ont pris part. Le rapport sur le test pilote et les modifications apportées au modèle est disponible depuis début décembre 2024 sur le site [Test de solvabilité LAMal](#).

Les améliorations apportées au test de solvabilité LAMal ont pris effet le 1^{er} janvier 2025.

3.3 Approbation des primes 2025

Principes

Les primes des assureurs-maladie doivent être conformes aux dispositions légales. Les assureurs communiquent les primes prévues à l'OFSP, qui vérifie leur conformité aux dispositions légales avant de les approuver et de les appliquer. Sont plus précisément concernées les primes de l'AOS pour les assurés suisses, pour les personnes résidant dans un État de l'UE/AELE qui sont assurées en vertu de la LAMal et pour l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal. L'autorité de surveillance a la compétence d'exiger des hausses ou des baisses de primes si celles-ci ne correspondent pas aux exigences. Le principe de la couverture des coûts revêt une importance particulière à cet égard. L'autorité de surveillance veille à ce que les primes couvrent les coûts dans chaque canton et à ce que tous les cantons soient traités de la même manière, afin d'éviter les subventionnements croisés entre eux. Le montant des primes doit également garantir que les assureurs-maladie disposent de réserves suffisantes pour couvrir les risques liés à une évolution inattendue.

Pour les années 2019 à 2025, l'augmentation moyenne des primes s'élève à 3,2 % par an.

En 2025, la prime moyenne augmente de 6,0 % par rapport à 2024, principalement en raison de la forte augmentation des coûts de la santé. En effet, les primes sont le reflet des coûts, et ceux-ci ont augmenté de 4,1 % au cours du premier semestre 2024 par rapport au premier semestre 2023. Les assureurs-maladie prévoient une hausse des coûts de 3,7 % pour l'ensemble de l'année 2024 et de 4,2 % pour 2025.

Plusieurs facteurs expliquent cette augmentation marquée des coûts :





- L'existence de nouveaux médicaments et traitements, ainsi qu'une augmentation générale de la demande de prestations de santé.
- Le transfert des traitements hospitaliers vers les soins ambulatoires, qui sont intégralement financés par les primes.

- D'autres causes comme le vieillissement de la population. L'effet démographique a été expliqué plus en détail dans une fiche d'information ([Comparaison des primes](#)).

Un autre facteur est le renchérissement. La rémunération des fournisseurs de prestations est déterminée par des tarifs négociés ou fixés. Un renchérissement général, par exemple en raison d'une hausse des prix de l'énergie ou des salaires, n'a un impact que lorsque ces tarifs sont eux-mêmes adaptés. C'est la raison pour laquelle il ne se répercute en principe qu'avec un certain retard dans le secteur de la santé et doit être pris en compte suffisamment tôt pour la fixation des primes. Par rapport aux années précédentes, on observe davantage de modifications tarifaires importantes et contestées, ce qui accroît l'incertitude des estimations lors de la fixation des primes. L'OFSP a mené une enquête auprès des cantons et a évalué les données.

Processus d'approbation des primes

Le processus d'approbation des primes se divise en quatre phases.

 Phase 1 : Préparation par l'OFSP	 Phase 2 : Calcul par les assureurs	 Phase 3 : Examen par l'OFSP	 Phase 4 : Publication et application
<ul style="list-style-type: none"> – Information des assureurs – Obtention d'une prévision des coûts – Préparation du système pour l'échange des données 	<ul style="list-style-type: none"> – Analyse des données Estimations des prestations, des provisions, de la compensation des risques, des frais administratifs, etc. – Prise en compte de la solvabilité – Saisie des tarifs de primes (~ 250 000) 	<ul style="list-style-type: none"> – Contrôle de plausibilité – Couverture des coûts – Égalité de traitement des cantons – Rabais, modèles – Provisions – Compensation des risques – Prise en compte de la solvabilité – Adaptations – Approbation 	<ul style="list-style-type: none"> – Conférence de presse – Priminfo – Open Government Data – Application des primes approuvées par les assureurs
Implication des cantons			
<ul style="list-style-type: none"> – Information des cantons – Échange entre l'OFSP et les cantons sur les prévisions de coûts 	<ul style="list-style-type: none"> – L'OFSP demande l'avis des cantons sur les prévisions de coûts – Les cantons reçoivent la première soumission des assureurs 	<ul style="list-style-type: none"> – Les cantons donnent leur avis – L'OFSP utilise la prise de position et informe de son utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> – Échange avant la conférence de presse – Rétrospective de la ronde des primes avec les cantons

La phase préparatoire consiste à préparer les systèmes, à rappeler le cadre aux acteurs et à obtenir une prévision indépendante des coûts.

La deuxième phase correspond au calcul des primes par les assureurs-maladie. Outre l'estimation des prestations, ceux-ci doivent tenir compte de différents paramètres tels que l'évolution des effectifs, la compensation des risques, les provisions ou les frais administratifs.

Dans la troisième phase, celle de l'examen par l'OFSP, l'autorité de surveillance procède à différentes analyses pour répondre aux questions suivantes :

- Les provisions sont-elles adéquates et calculées conformément à des méthodes reconnues ?
- Les rabais reposent-ils sur des différences de coûts effectives, et les règles de rabais prescrites par la loi sont-elles respectées ?
- Comment la solvabilité pour l'année suivante est-elle estimée ?
- Les cantons sont-ils traités de manière égale en ce qui concerne les primes et les coûts ?
- Les primes couvrent-elles les coûts ?

L'OFSP approuve les primes pour autant que toutes les conditions légales soient remplies. S'il estime qu'un assureur-maladie a fixé ses primes à un niveau trop bas ou trop élevé, il lui adresse des demandes de modification.

Après l'approbation par l'OFSP, la quatrième phase commence, celle de la publication et de l'application. Toutes les primes sont publiées sur le site priminfo, où elles peuvent être consultées et comparées. Les primes pour l'année suivante sont ensuite appliquées.

L'OFSP associe les cantons au processus d'approbation des primes en partageant avec eux les prévisions de coûts et en sollicitant leur avis quant à l'évolution des coûts sur leur territoire. Les cantons reçoivent la première soumission des assureurs-maladie concernant les primes dans une livraison de données volumineuse. Il s'agit des chiffres relatifs aux effectifs, à l'évolution des coûts et à la compensation des risques, ainsi que des budgets par assureur-maladie dans chaque canton. Les cantons donnent un avis, que l'OFSP prend en compte dans le processus d'approbation. Un échange a lieu avant la conférence de presse ; à la fin du processus, l'OFSP et la Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé (CDS) organisent une rétrospective sur l'approbation des primes.

L'OFSP regroupe les questions des cantons aux différents assureurs-maladie, les leur transmet et intègre leurs réponses dans le retour d'information aux cantons. Cette manière de procéder permet d'alléger la charge administrative des cantons et des assureurs.

Résultats des contrôles

Le 31 juillet 2024, les assureurs-maladie ont soumis à l'OFSP, pour approbation, les primes prévues pour l'année 2025, accompagnées de projections des coûts et d'informations sur le nombre d'assurés.

L'OFSP a vérifié la plausibilité des estimations et des budgets présentés pour 2024 et 2025 en se fondant sur des prévisions des coûts, des valeurs empiriques et des comparaisons entre assureurs-maladie.

En ce qui concerne l'AOS pour les assurés résidant en Suisse, 42 assureurs-maladie ont soumis plus de 250 000 tarifs de primes (dont 110 tarifs d'indemnités journalières) pour approbation. Quelques assureurs ont rencontré des problèmes relativement importants de qualité des données, mais qui, pour la plupart, ont pu être résolus au début du processus de contrôle. Au total, le contrôle et les discussions qui ont suivi avec les assureurs-maladie ont conduit à adapter quelque 33 000 primes à la hausse et près de 49 000 primes à la baisse. 144 000 primes ont pu être approuvées sans ajustement. En moyenne, les assureurs-maladie exercent leur activité dans une vingtaine de cantons. Certains d'entre eux proposent également une assurance UE/AELE/UK, tandis que d'autres ne proposent que l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal. Au total, ce sont les primes de plus de 800 collectifs de risques qui ont ainsi dû être contrôlées.

 **250 000+**
tarifs de primes
ont été approuvés

L'OFSP se fonde sur la situation individuelle de l'assureur-maladie pour évaluer le *combined ratio*, c'est-à-dire le rapport entre dépenses et recettes que l'assureur doit obtenir l'année suivante. L'assureur-maladie peut tenir compte des revenus de ses placements en capital, et ce à raison du rendement obtenu en moyenne sur les dix dernières années. Son *combined ratio* peut alors dépasser les 100 %. Par contre, s'il doit augmenter ses réserves, le *combined ratio* à viser sera inférieur à 100 %. Cependant, peu d'assureurs-maladie ont été en mesure d'inclure les revenus du capital dans le calcul des primes pour l'année 2025, principalement en raison de la baisse des réserves.

 **800+**
collectifs de risques
ont été examinés

La révision de l'OSAMal en 2021 a donné aux assureurs-maladie la possibilité de calculer les primes au plus juste afin de réduire d'éventuelles réserves trop élevées. L'OFSP veille notamment à ce que l'outil de calcul des primes au plus juste soit appliqué de manière uniforme sur l'ensemble du domaine d'activité de l'assureur-maladie. Les assureurs-maladie peuvent en outre déposer une demande de réduction des réserves au moyen de versements de compensation aux assurés, à condition de calculer leurs primes au plus juste. L'OFSP vérifie notamment que les réserves des assureurs en question atteignent encore le minimum légal une fois la réduction opérée. Il évalue également la façon dont les assureurs déterminent quels assurés doivent bénéficier d'un versement de compensation. Pour les raisons mentionnées précédemment, très peu d'assureurs-maladie ont pu utiliser cet outil. La fiche d'information consacrée aux outils de réduction et d'augmentation des réserves contient des informations plus détaillées.

Les primes de tous les assureurs-maladie ont été approuvées pour toute l'année 2025 et publiées le 26 septembre 2024. La prime moyenne suisse a augmenté de 6,0% par rapport à 2024. La variation est de 6,0% pour les adultes (à partir de 26 ans), de 5,4% pour les jeunes adultes (de 19 à 25 ans) et de 5,8% pour les enfants (moins de 18 ans). Comme il s'agit ici de valeurs moyennes, l'évolution des primes peut être différente pour les assurés pris individuellement.

Monitoring des disparités cantonales

L'importance du principe selon lequel les primes doivent couvrir les coûts dans chaque canton a été expliquée plus haut, à la section « Principes ». Ce principe conduit l'OFSP à examiner chaque année *ex post* les différences entre les résultats techniques cantonaux et à calculer la proportion des primes payées en trop ou en moins en Suisse par rapport au total des primes. Étant donné que les coûts attendus doivent être estimés à chaque fois lors de la fixation des primes et que les chiffres définitifs diffèrent après coup des estimations initiales, il ne serait pas réaliste de s'attendre à un écart nul. Il importe néanmoins que cet écart annuel reste faible, et l'objectif d'un écart inférieur à 1% a pu être atteint chaque année depuis 2016.



Comme le montre le tableau ci-dessous, les différences entre les cantons se sont réduites depuis l'introduction de la LSAMal en 2016.

Année	2015	2016	2017
Part des primes payées en trop par rapport au total des primes	1,08 %	0,90 %	0,70 %

Année	2018	2019	2020
Part des primes payées en trop par rapport au total des primes	0,62 %	0,75 %	0,65 %

Année	2021	2022	2023
Part des primes payées en trop par rapport au total des primes	0,72 %	0,59 %	0,66 %

3.4 Analyse, monitoring et transparence des frais administratifs

Les assureurs-maladie doivent limiter leurs frais administratifs dans l'assurance de base aux exigences d'une gestion économique. En avril de chaque année, l'OFSP procède à un contrôle de plausibilité des frais administratifs de tous les assureurs-maladie dans le cadre du contrôle des comptes annuels. Pour ce faire, il compare notamment les chiffres de chaque assureur avec les moyennes de la branche et l'évolution à long terme. Il s'appuie également sur les rapports des organes de révision externes.

En cas d'anomalies, par exemple lorsqu'un assureur-maladie présente des frais administratifs nettement supérieurs à ces moyennes, l'OFSP exige qu'il les détaille et les justifie. Si l'assureur ne parvient pas à justifier le montant de ses frais administratifs, l'OFSP a la compétence de procéder à un contrôle approfondi sur place ou de confier cette tâche à des tiers. L'assureur est alors tenu de garantir à l'OFSP le libre accès à toutes les informations que celui-ci juge pertinentes.

Fin juin 2024, l'OFSP a communiqué par écrit son évaluation aux assureurs-maladie concernés. Il leur a fait part des faiblesses constatées en leur demandant de prendre position.

Au total, quatre assureurs-maladie ont été contactés, et la question des frais administratifs a été abordée lors des entretiens annuels avec deux autres assureurs. Il s'avère que la majorité des assureurs-maladie avaient effectué ces dernières années d'importants investissements dans la numérisation afin de réduire leurs frais à long terme. Selon la taille de l'assureur, de tels investissements ont dans un premier temps un impact plus ou moins important sur les frais administratifs. D'autres facteurs, comme l'augmentation des frais de personnel et d'exploitation, ont par ailleurs été mentionnés. En 2023, les frais administratifs des assureurs-maladie s'élevaient en moyenne à 4,9 % des primes perçues. Selon les projections des assureurs, cette part des frais administratifs a encore baissé en 2024.

Des informations complémentaires sur les frais administratifs sont disponibles sur le site Internet de l'OFSP, dans la rubrique « [Bilans et comptes d'exploitation des assureurs-maladie](#) ». La page propose également un fichier Excel permettant d'effectuer des recherches ciblées par assureur ou par groupe et d'afficher les résultats sur plusieurs années sous forme d'analyses graphiques.

L'OFSP attend des assureurs-maladie qu'ils attribuent leurs frais administratifs aux différents domaines (AOS, assurance d'indemnités journalières, assurances complémentaires et autres types d'assurance) en fonction des dépenses effectives. Les assureurs jouissent toutefois d'une certaine marge d'appréciation en la matière. La FINMA et l'OFSP, qui collaborent étroitement sur ce point, ont défini des principes généraux et des lignes directrices pour l'allocation des frais administratifs. Ceux-ci ont été communiqués aux assureurs-maladie début février 2024. L'OFSP continuera de veiller à ce que la répartition des frais administratifs ne se fasse pas de manière arbitraire et injustifiée au détriment de l'assurance-maladie sociale.

3.5 Contrôle de la fortune liée et du SCI par l'organe de révision externe

Les organes de révision externes ont remis à l'autorité de surveillance, dans les délais impartis, les résultats de leurs audits annuels concernant la fortune liée (FL) ainsi que des contrôles à l'échelle de l'entreprise et le cadre

général du système de contrôle interne (SCI). Tant les contrôles effectués par les organes de révision externes pour l'exercice 2023 que les contrôles de suivi exigés pour les irrégularités constatées sur l'exercice 2022 ont été intégrés dans les rapports sur l'audit prudentiel.

La comparaison montre qu'en 2023, les irrégularités constatées ont augmenté en ce qui concerne le SCI, mais diminué pour la FL. Les recommandations, quant à elles, ont augmenté pour la FL et diminué pour le SCI.

Année	2022	2023
Irrégularités FL	19	18
Recommandations FL	1	2
Irrégularités SCI	16	27
Recommandations SCI	36	24

Les documents de travail des organes de révision ont fait l'objet d'une revue critique. Toutes les constatations importantes ont été discutées avec les organes de révision. Les irrégularités constatées concernant la FL ont, pour la plupart, été considérées comme de faible gravité. Le plus souvent, il s'agissait de dépassements minimes de limites pour certaines catégories de placements qui pouvaient être tolérés en raison d'un excédent de couverture élevé. Les irrégularités concernant le SCI, qui ne concernent que quelques caisses-maladie, ont été considérées de moyenne importance et doivent être corrigées dans les délais fixés. Les organes de révision procéderont à des contrôles de la mise en place des mesures nécessaires et en rendront compte dans le prochain rapport.

Le 1^{er} juillet 2024, l'art. 53, al. 2, OSAMal, qui obligeait l'organe de révision externe à vérifier chaque année que le système de contrôle interne est efficace et adapté à la taille et à la complexité de l'entreprise, a été modifié en une disposition potestative. En conséquence, à partir de 2024, l'OFSP demandera périodiquement aux assureurs-maladie d'évaluer à l'aide d'un questionnaire leurs contrôles à l'échelle de toute l'entreprise et du cadre du SCI. L'accent est mis sur les processus, les méthodes et les mesures qui permettent de garantir un SCI adéquat. Ces informations permettront à l'OFSP d'évaluer l'organisation structurelle et fonctionnelle du SCI des assureurs. Les conclusions tirées du questionnaire seront intégrées dans l'évaluation globale de l'assureur-maladie et pourront, si nécessaire, déclencher des activités ciblées. Dans l'ensemble, cela permettra de réduire la charge réglementaire des assujettis et de mieux cibler les contrôles.

La circulaire n° [5.4 Révision ordinaire, audits prudentiels et rapport à l'Office fédéral de la santé publique \(OFSP\)](#) a

été révisée en conséquence, et le document de travail sur les contrôles à l'échelle de l'entreprise et le SCI destiné aux organes de révision externes a été supprimé.

3.6 Réassurance dans la LAMal

Pour se protéger contre une accumulation imprévue de cas de maladie coûteux, les assureurs-maladie, en particulier de petite taille, concluent des contrats de réassurance. En général, le réassureur prend en charge, jusqu'à un montant maximal par année, tous les coûts qui dépassent une limite convenue. Le contrat de réassurance peut également porter sur une proportion donnée de primes et de prestations que l'assureur cède au réassureur. En 2023, 92,6 millions de francs de primes ont été payés pour la couverture de réassurance, tandis que les prestations de réassurance se sont élevées à 90,7 millions de francs. L'année précédente, les primes et les prestations de réassurance s'élevaient respectivement à 7,5 et 5,3 millions de francs. Cette augmentation s'explique par la hausse des réassurances en quote-part en 2023.

Tous les nouveaux contrats de réassurance et leurs primes doivent être approuvés par l'autorité de surveillance. Le contrôle des primes de réassurance consiste à vérifier qu'elles correspondent aux risques repris, compte tenu de la situation individuelle des assureurs-maladie et du type de contrat conclu.

L'autorité de surveillance a contrôlé uniformément les contrats qui lui ont été soumis et qui sont entrés en vigueur en 2024 selon les critères suivants :

- Le réassureur doit détenir une autorisation de pratiquer la réassurance des risques de l'assurance-maladie sociale.
- Les primes peuvent être cédées à hauteur de 50 % au maximum.
- Le contrat doit pouvoir être résilié pour la fin de chaque année civile, et le délai de résiliation doit être d'au moins six mois.
- L'assureur-maladie ne peut conclure le contrat qu'aux conditions qui conviendraient aussi avec des tiers indépendants.

L'OFSP vérifie en outre dans quelle mesure le contrat influe sur la situation en matière de risques et si le test de solvabilité LAMal peut en tenir compte. Le contrôle des réassurances les plus courantes d'excédents de grands sinistres ou de cession d'une proportion de primes et de prestations se fonde principalement sur des données recueillies systématiquement, les données individuelles

de BAGSAN. En cas de besoin, l'autorité de surveillance peut en recueillir d'autres. Aucun schéma général ne peut être indiqué pour les contrats *stop loss*. Dans leur cas, un contrôle actuariel des primes et du contrat s'impose. En 2024, 22 assureurs LAMal disposaient de réassurances dans le domaine de l'AOS et de l'assurance d'indemnités journalières LAMal. Pour 2025, quatre nouveaux contrats de réassurance ont été soumis à l'OFSP pour approbation.

L'OFSP examine en outre les comptes que lui rendent les réassureurs actifs conformément à l'art. 33 LSAMal. Sept réassureurs étaient actifs au 1^{er} janvier 2024 ([Listes des assureurs et des réassureurs autorisés](#)). Il n'y a pas eu de nouvelle autorisation ni de retrait d'autorisation en 2024.

3.7 Gouvernance d'entreprise

En plus des audits (voir ch. 3.8), les plans d'exploitation des assureurs-maladie constituent une source importante pour l'examen de la gouvernance d'entreprise ou pour la garantie d'une activité irréprochable. Les modifications des plans d'exploitation nécessitent l'autorisation de l'autorité de surveillance, par voie de décision, lorsqu'elles concernent les éléments suivants :

- Statuts.
- Plans et contrats de réassurance.
- Indications relatives au champ territorial d'activité.
- Contrats et autres accords par lesquels les assureurs-maladie entendent déléguer des tâches importantes à des tiers.
- Tarifs de primes et dispositions relatives aux formes particulières d'assurance, à l'assurance facultative d'indemnités journalières et aux conditions générales d'assurance.

Les modifications qui ont trait à d'autres éléments des plans d'exploitation sont considérées comme approuvées si l'autorité de surveillance n'a engagé aucune procédure d'examen dans les huit semaines qui suivent la communication.

En 2024, l'autorité de surveillance a reçu quelque 190 demandes de modification du plan d'exploitation, un nombre stable par rapport à l'année précédente. La modification la plus fréquente (environ 30 % des demandes) concernait des changements dans la composition des organes d'administration et de direction, suivis par des modifications des conditions d'assurance ainsi que par des modifications de l'organisation de l'assureur-maladie (environ 16 % chacun). Viennent ensuite,

avec environ 9 %, les demandes concernant la délégation de tâches importantes à des tiers et la modification des statuts. Ces dernières demandes sont notamment dues à la transposition de la modification du droit des sociétés anonymes.



≈ 190

demandes de modification
de plan d'exploitation

En concertation et en collaboration avec la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (FSA), une modification collective du plan d'exploitation a été introduite en 2024. Cela signifie que les assureurs-maladie peuvent désormais habilitier la FSA (ou d'autres prestataires si nécessaire) à procéder collectivement, dans une seule demande et au nom des assureurs-maladie, aux modifications du plan d'exploitation concernant les tâches essentielles qui lui sont déléguées. Ce système fonctionne bien lorsque les délégations sont fondées sur des contrats standard, qui sont pour l'essentiel les mêmes pour chaque assureur. Il n'est donc plus nécessaire pour chaque assureur-maladie de déposer une demande, ce qui représente un gain d'efficacité et une simplification des procédures administratives.

Par ailleurs, la branche a connu en 2024 des restructurations, qui ont également été examinées par l'autorité de surveillance. Ainsi, au sein du Groupe Mutuel, Mutuel Assurance Maladie SA a repris SUPRA-1846 SA et Avenir Assurance Maladie SA a repris Easy Sana Assurance Maladie SA en date du 1^{er} janvier 2025 (fusions par absorption).

3.8 Audit

Chaque année, tous les assureurs LAMal sont analysés et classés à l'aide d'un système de notation fondé sur des critères de risques. Sur la base des résultats de cette notation et d'autres facteurs (taille de l'assureur, éventuelles indications et résultats du dernier audit), un audit a été réalisé auprès de huit assureurs-maladie (contre neuf l'année précédente), ce qui correspond à une couverture d'environ 44 % (contre 40 % l'année précédente) dans l'AOS (nombre d'assurés).



≈ 44%

tel est le niveau de
couverture des assurés LAMal
lors des audits en 2024

Outre le contrôle du respect des dispositions de la LAMal et de la LSAMal, les audits se sont concentrés en 2024 sur l'égalité de traitement des assurés dans les domaines contrôlés ainsi que sur l'analyse du contrôle des factures et de l'économicité des prestations. L'accent a été mis plus particulièrement sur la vérification des processus de travail, du SCI et des règles électroniques utilisées dans le cadre du contrôle des prestations et des factures ainsi que sur le respect des conditions légales, par exemple les limitations médicales ou thérapeutiques pour les médicaments de la liste des spécialités (LS).

Un nouveau modèle d'audit a été élaboré en 2024 sur la base d'analyses systématiques des données concernant quelques complexes thématiques définis afin de pouvoir évaluer l'efficacité des règles électroniques utilisées dans le cadre du contrôle des prestations des assureurs-maladie. Les premières analyses de données ont été effectuées avec un assureur-maladie pilote au cours du dernier trimestre 2024. La mise en œuvre définitive du modèle d'audit auprès des dix plus grands assureurs-maladie, qui représentent environ 91 % des assurés, est prévue pour le premier semestre 2025.

En ce qui concerne le contrôle des factures et des prestations, il en ressort que les processus et le SCI des assureurs-maladie ayant fait l'objet d'un audit sont fondamentalement adéquats. Il a été demandé à cinq assureurs de mieux formaliser et documenter leurs directives et processus internes concernant les modifications apportées aux instruments de contrôle et la vérification de l'efficacité des règles de contrôle.

Le processus « Contrôle des factures dans les affaires courantes » et les règles utilisées à cette fin ont également été contrôlés. De manière générale, les assureurs tiennent compte des conditions légales relatives à la prise en charge des coûts lors du contrôle électronique et automatisé des factures et procèdent aux clarifications nécessaires de l'obligation de prise en charge. Toutefois, cinq assureurs-maladie avaient défini des seuils de contrôle ou interrompu temporairement les contrôles de l'obligation de prise en charge lorsque le traitement des prestations avait pris un retard important, ce qui n'est pas

autorisé. Les assureurs concernés ont procédé aux corrections nécessaires. Il a également été constaté que certains assureurs ne vérifiaient pas systématiquement le respect des conditions légales de prise en charge par l'AOS, par exemple les limitations médicales ou thérapeutiques des médicaments de la LS. Les assureurs concernés ont été sommés de procéder aux vérifications nécessaires en y consacrant un temps raisonnable et proportionné.

Le processus de correction rétroactive pour les médicaments de la LS avec des modèles de prix est généralement adéquat chez les assureurs-maladie audités. Un potentiel d'optimisation a néanmoins été identifié chez trois d'entre eux, qui ont été sommés de prendre les mesures qui s'imposent.

En outre, il a été relevé que deux assureurs-maladie n'avaient pas répondu dans tous les cas aux exigences de l'OFSP lorsque le décompte de prestations devait être corrigé en raison d'un tarif stationnaire fixé a posteriori. Des faiblesses ont également été constatées lors du traitement de la participation légale aux coûts pour les prestations de maladie fournies pendant une grossesse ainsi que lors de la perception de la contribution hospitalière. Les assureurs concernés ont été sommés d'apporter des améliorations et d'introduire des contrôles ultérieurs.

Lors du contrôle du respect des instructions énoncées dans la circulaire n° [7.1 Surveillance par l'OFSP des domaines soumis aux dispositions de la LSAMal, de l'OSAMal, de la LAMal et de l'OAMal relatives à la protection des données](#), l'accent a été mis sur le traitement et la communication de données personnelles. L'objectif était de déterminer si les assureurs avaient utilisé des données de l'AOS à d'autres fins que celles prévues par la loi (p. ex. à des fins de marketing). Trois assureurs-maladie ont dû renforcer leurs mesures de SCI afin d'identifier et d'empêcher une telle utilisation abusive des données de l'AOS. Un autre assureur a été sommé de cesser de telles pratiques.

Pour ce qui est du service du médecin-conseil (SMC), les audits ont concerné l'indépendance de l'organisation, le respect des évaluations nécessaires par les médecins-conseils, la transmission d'informations à des tiers (en dehors du SMC), les droits d'accès ainsi que le traitement des dossiers médicaux. Deux assureurs-maladie ont été sommés de restreindre les droits de consulter les dossiers médicaux remis à l'attention du médecin-conseil, et des mesures ont été exigées afin de garantir le respect des droits de la personnalité. Concernant les médicaments de la LS dont les coûts ne peuvent être pris en charge qu'après consultation du médecin-conseil, un as-

sureur-maladie a été enjoint à prendre des mesures pour que le médecin-conseil soit systématiquement consulté dans de tels cas.

En ce qui concerne l'obligation de s'assurer, les contrôles se sont concentrés, d'une part, sur l'application correcte des dispositions légales en cas de mutations liées au passage en cours d'année à une forme particulière d'assurance et, d'autre part, sur les processus de travail concernant les rappels. Les contrôles n'ont pas mis en évidence de lacunes importantes dans ces domaines, et seules quelques directives ont dû être émises.

S'agissant de l'adéquation des processus de gestion des risques et du SCI, deux assureurs-maladie ont reçu l'instruction de renforcer la surveillance des processus d'affaires externalisés et des relations avec les tiers. Deux assureurs-maladie ont dû en outre renforcer le rôle de leur fonction d'assurance et garantir son indépendance.

Les assureurs ont défini des mesures pour toutes les directives prononcées et doivent confirmer par écrit et documenter leur mise en œuvre définitive à l'autorité de surveillance. En cas de lacunes importantes, des contrôles ultérieurs (follow-up) ont lieu pour vérifier qu'elles ont bien été corrigées.

3.9 Surveillance juridique et LTrans

Directives aux assureurs-maladie

Parmi les directives que l'autorité de surveillance a émises concernant des assureurs-maladie durant la période sous revue, deux doivent plus particulièrement être mentionnées.

D'une part, l'autorité de surveillance avait rencontré, au cours de l'année précédente, des irrégularités présumées dans le domaine des provisions chez un assureur-maladie. Après avoir mené une enquête fondée sur le droit de la surveillance, elle a émis, pendant l'année sous revue, une directive concernant le calcul des provisions techniques et l'obligation d'informer.

D'autre part, l'autorité de surveillance a émis une directive à l'encontre d'un assureur-maladie concernant la modification du test de solvabilité LAMal. L'assureur en question n'avait pas considéré cette directive comme telle, ce qui a conduit l'autorité de surveillance à la réitérer. Par la suite, l'assureur a déposé une demande de décision sujette à opposition; l'autorité de surveillance n'est pas entrée en matière.

Dénonciations contre des assureurs-maladie

Outre les conclusions qu'il tire des plans d'exploitation des assureurs-maladie (voir ch. 3.7), des audits (voir ch. 3.8), des demandes d'assurés (voir ch. 7.3) et des rapports de l'organe de révision externe (voir ch. 3.5), l'autorité de surveillance prend en considération les articles de presse, les arrêts des tribunaux et les dénonciations qui lui parviennent pour évaluer en tant qu'indices la garantie d'une activité irréprochable des assureurs-maladie.

Il a traité environ 70 dénonciations de ce type au cours de l'exercice écoulé. Dans environ deux tiers des cas, il n'avait pas à intervenir (p. ex. renvoi de l'auteur de la dénonciation à la voie de droit ordinaire ou à l'Office de médiation de l'assurance-maladie). Dans environ un tiers des cas, l'autorité de surveillance est intervenue auprès des assureurs-maladie concernés. Ces interventions ont pris des formes diverses (demande de prises de position [p. ex. concernant la distribution], obligation de remédier à d'éventuelles lacunes en matière de protection des données, etc.).



Procédures judiciaires contre des assureurs-maladie

Dans le cadre d'un audit (voir ch. 3.8), l'autorité de surveillance avait donné l'instruction à deux assureurs-maladie de modifier leurs processus concernant l'échéance des primes et les délais de résiliation. Elle n'était pas entrée en matière sur une demande – présentée par la suite – de rendre une décision relative à un acte matériel (subsidiativement, une décision en constatation) et sur une requête en récusation. Un recours a été déposé auprès du Tribunal administratif fédéral. La procédure a duré environ six ans et s'est achevée pendant l'année sous revue: le recours a été rejeté dans la mesure où il est recevable. L'arrêt n'a pas été contesté.

L'autorité de surveillance s'est prononcée contre un canton au sujet du montant définitif de la contribution fédérale à la réduction individuelle des primes. Le recours déposé devant le Tribunal administratif fédéral n'a pas encore été tranché.

L'analyse statistique des procédures de recours contre les assureurs-maladie (dont l'objet principal est pertinent pour la surveillance de l'assurance) montre qu'une

grande partie d'entre elles s'avèrent infondées. Ainsi, sur les quelque 280 procédures de recours portées devant les tribunaux cantonaux et fédéraux, environ 220 n'ont pas abouti (rejet, non-entrée en matière, retrait ou autre), tandis qu'une vingtaine ont été partiellement acceptées et environ 40 l'ont été entièrement. L'autorité de surveillance examine les arrêts qui lui sont communiqués afin de déterminer si une intervention est indiquée du point de vue du droit de la surveillance, ce qui n'a pas été le cas en 2024.

Il faut noter que, tout autant qu'une accumulation d'arrêts (négatifs) contre un assureur-maladie, un nombre de procédures judiciaires inférieur à la moyenne constitue un indice d'une garantie insuffisante d'une gestion irréprochable. Dans le premier cas, le risque est que l'assureur-maladie se montre trop « sévère » ; dans le second, il est qu'il soit trop « accommodant » et ne remplisse peut-être pas ou pas suffisamment ses obligations légales de contrôle.

Procédures en vertu de la loi sur la transparence

Au cours de la période sous revue, l'autorité de surveillance a traité six demandes en vertu de la loi sur la transparence (LTrans). Elle a accordé un accès complet pour deux d'entre elles et un accès partiel pour deux autres. Elle a refusé l'accès pour les autres demandes. Les requérants ont néanmoins la possibilité de s'adresser directement aux assureurs-maladie, car la loi sur la transparence s'applique également à ces derniers (art. 2, al. 1, let. b, LTrans).



Que faire en cas de litige avec un assureur-maladie ?

Étant donné qu'une dénonciation à l'autorité de surveillance n'offre aucune protection juridique dans le cas d'espèce et qu'elle est subsidiaire aux voies de droit ordinaires et extraordinaires, celle-ci recommande la procédure qui suit en cas de litige avec un assureur-maladie.

L'assuré doit tout d'abord vérifier si l'**Office de médiation de l'assurance-maladie** (www.om-kv.ch) peut l'aider. Cette fondation de droit privé sert d'intermédiaire entre les assurés et les assureurs tant qu'aucune décision n'a été rendue et qu'aucune procédure n'est en cours (et que l'assuré n'est pas représenté par un avocat).

Il convient par ailleurs de suivre la **voie juridique ordinaire**, qui comprend généralement les étapes suivantes :

1. Demander à l'assureur-maladie une décision pouvant faire l'objet d'une opposition (pour autant qu'une telle décision n'ait pas été communiquée d'office; pour les conditions, voir en particulier l'art. 49 LPGA).
2. Faire opposition contre cette décision auprès de l'assureur-maladie, qui doit statuer sur les faits de manière indépendante et objective.
3. Déposer un recours contre la décision sur opposition auprès du tribunal cantonal compétent et, en instance supérieure, auprès du Tribunal fédéral.

4. En cas d'urgence, les possibilités suivantes doivent être envisagées :

- Recours direct pour déni de justice ou retard injustifié auprès du tribunal cantonal compétent si l'assureur-maladie ne rend pas de décision ou de décision sur opposition dans un délai raisonnable (dans les cas urgents, on peut attendre qu'il rende sa décision en quelques jours).
- Demande de mesures provisionnelles ou superprovisionnelles auprès du tribunal cantonal compétent: le tribunal examine ensuite l'urgence et l'existence d'un risque de préjudice irréparable. Si tel est le cas, il ordonne une mesure (super)provisionnelle (p.ex. prise en charge provisoire des prestations litigieuses), avant de statuer ultérieurement sur le fond.

Lorsque les voies de droit ordinaires ou extraordinaires ne peuvent et ne pouvaient pas être utilisées, il est possible de dénoncer un assureur-maladie à l'OFSP.

4 Surveillance des assureurs-accidents

4.1 Comptes d'exploitation

Les assureurs LAA sont tenus d'établir, pour chaque exercice comptable, un compte d'exploitation par branche d'assurance (accidents professionnels, accidents non professionnels, assurance facultative) et de le remettre à l'OFSP au plus tard à la fin du mois de juin de l'année suivante.

L'OFSP a procédé à des analyses de contenu et à des contrôles de plausibilité sur les comptes d'exploitation soumis pour l'exercice comptable 2023.

Ces contrôles ont donné lieu à de nombreuses demandes de précisions, dont la clarification a fait l'objet d'une correspondance. Là où des corrections s'imposaient, les assureurs LAA concernés ont reçu l'ordre de les apporter et de soumettre à nouveau à l'OFSP la version corrigée de leurs comptes.

Outre les corrections exigées, il est apparu dans plusieurs cas que les suppléments pour frais administratifs étaient insuffisants pour couvrir les frais administratifs effectifs et les frais liés au traitement des sinistres. Les assureurs LAA concernés ont été sommés de prendre des mesures appropriées afin que les suppléments perçus couvrent ces frais. L'OFSP continuera de suivre l'évolution de la situation dans le but d'améliorer la transparence concernant les primes.

4.2 Tarifs de primes

Les assureurs LAA enregistrés au sens de l'art. 68 LAA sont tenus de remettre à l'OFSP, au plus tard à la fin mai de l'année en cours, les tarifs de primes de l'année suivante.

La LAA prévoit que les primes nettes perçues pour chaque branche d'assurance doivent correspondre au niveau probable des dépenses pour les prestations LAA. Se fondant sur cette prescription légale, l'OFSP contrôle les tarifs de primes des assureurs LAA sous l'angle de la conformité aux risques. L'objectif concret de cet examen annuel est de repérer les irrégularités à cet égard, en se référant aux statistiques des risques les plus récentes, et d'exiger des adaptations de tarif en conséquence ou de susciter une adaptation de la tarification fondée sur l'expérience.

En 2024, les tarifs LAA soumis pour l'année d'assurance 2025 ont été examinés du point de vue de leur conformité aux risques. Les assureurs LAA ont également la possibilité, en se fondant sur l'historique des sinistres, d'appliquer aux entreprises un tarif correspondant à leur risque individuel. L'OFSP s'efforce constamment d'apporter des améliorations sur ce plan. Étant donné que les primes ne sont souvent adaptées que lors du renouvellement suivant du contrat et que, pour des contraintes opérationnelles, les statistiques des risques parviennent à l'OFSP avec un certain retard, le suivi de telles situations s'étend en général sur plusieurs années.

5 Surveillance de l'assurance militaire

5.1 Primes des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative

Les nouvelles règles de financement introduites le 1^{er} janvier 2018 dans le cadre du programme de stabilisation 2017-2019 prévoient que les coûts effectifs de l'assurance militaire sont déterminants pour les prestations en cas de maladie des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative ainsi que pour les prestations en cas d'accident des assurés auprès de l'assurance de base facultative. Elles prévoient également que des primes correspondantes sont dues. Après une phase d'introduction de cinq ans, au cours de laquelle un taux de couverture des coûts d'au moins 80 % devait être atteint, le Conseil fédéral a relevé ce taux à 90 % au 1^{er} janvier 2024.

6 Surveillance de l'Institution commune LAMal

Pour l'application de l'entraide internationale en matière de prestations, l'Institution commune LAMal (IC LAMal) fonctionne comme organisme de liaison et comme institution garantissant l'octroi de prestations à la charge de l'assurance étrangère. En 2023, les frais d'intérêt liés au préfinancement de l'entraide en matière de prestations et les frais administratifs pour l'exécution des tâches que la Confédération a déléguées à l'IC LAMal (p. ex. pour les retraités assurés en Suisse et résidant dans un État membre de l'UE ou de l'AELE) ont atteint 3,1 millions de francs au total. Ces coûts ont augmenté de 0,9 million de francs par rapport à l'année précédente, surtout en raison de la hausse des charges d'intérêts (+0,7 million de francs).

L'IC LAMal gère la réduction des primes pour les retraités assurés en Suisse et résidant dans un État de l'espace UE/AELE et pour les membres de leur famille. La Confédération accorde à ces personnes une réduction individuelle des primes si elles sont de condition économique modeste et si elles ont conclu l'AOS auprès d'une compagnie suisse. En 2023, l'IC LAMal a versé environ 0,8 million de francs pour réduire les primes de ces personnes ; 521 personnes ont bénéficié de ces réductions, la plupart résidant en Allemagne (126), en France (69) et en Espagne (66).



521

personnes ont reçu une réduction de prime dans les États de l'UE ou de l'AELE

L'IC LAMal remet chaque année à l'autorité de surveillance divers documents, tels que des rapports d'activité, des rapports de révision et des documents pour le calcul de la compensation des risques, que celui-ci examine. Elle lui soumet en outre, au début de l'année, un budget concernant les subventions fédérales, que l'autorité de surveillance examine sous l'angle des frais d'administration et des frais d'intérêts mentionnés plus haut.

Au cours de l'année sous revue, l'autorité de surveillance a également examiné et approuvé une modification du plan d'exploitation (changement au sein du conseil de fondation).

7 Autres activités en relation avec la surveillance

7.1 Données de la surveillance

Les données collectées auprès des assureurs fournissent des informations de base qui permettent à l'autorité de surveillance d'accomplir les contrôles qui lui sont dévolus et, par ailleurs, d'informer un large public sur l'évolution du système de santé suisse en présentant des chiffres nationaux, régionaux selon différentes perspectives.

Les données récoltées informent sur la situation financière des assureurs-maladie, sur leurs activités, leur solvabilité, leurs effectifs d'assurés et leurs prestations, pour n'en citer que quelques éléments principaux. Ces données par assureur peuvent aussi être agrégées à l'échelle cantonale ou nationale pour fournir des valeurs clés comme le total des prestations, des effectifs d'assurés ou la somme des primes encaissées. Elles constituent la référence officielle pour toute information sur l'assurance-maladie obligatoire. Une grande partie de ces données fait l'objet d'une publication annuelle de l'OFSP (statistique de l'assurance-maladie obligatoire, www.bag.admin.ch/amstat). Le tableau de bord de l'assurance-maladie (www.dashboardassurance maladie.admin.ch) nouvellement mis en ligne en mars 2024 permet également de consulter ces informations dans un format interactif et plus visuel. Les données détaillées peuvent être téléchargées sur le site de l'OFSP ou sur la plateforme <https://opendata.swiss>.

L'OFSP récolte auprès des assureurs-maladie des données individuelles anonymisées qui permettent à l'autorité de surveillance de procéder à l'évaluation des contrats de réassurance et à l'analyse des patients à coûts élevés sur de petits collectifs, ou qui peuvent être utilisées pour des études spécifiques (art. 35, al. 2 LSAMal). Ces données sont également utilisées pour surveiller l'évolution des coûts, pour analyser les effets de la loi sur le système de santé et pour évaluer la compensation des risques (art. 21 LAMal). Par ailleurs, ces données peuvent nouvellement être mise à la disposition du public pour des recherches en adéquation avec les objectifs de la loi et les principes de la proportionnalité et de la protection des données (art. 28 OAMal). L'OFSP a pour la première fois

en 2024 récolté ce type de données à un niveau détaillé (par type de prestations et par fournisseur de prestation).

7.2 Projet ISAK Relaunch: remplacement du système d'information pour la surveillance de l'assurance-maladie

Dans le cadre de son activité de surveillance, l'OFSP contrôle la sécurité financière des assureurs-maladie. Il exige notamment d'eux qu'ils présentent leurs comptes annuels conformément au droit de la surveillance et qu'ils soumettent leurs primes pour l'année suivante. De nombreux transferts d'informations et de données en résultent entre l'OFSP et les assureurs qu'il surveille. Le système d'information ISAK mis en place il y a quelques années a été conçu pour procéder à ces échanges et soutenir les processus d'affaires internes.

Outre la nécessité de lancer un appel d'offres – le contrat-cadre avec le fournisseur actuel arrive à échéance –, des motifs d'ordre technique et professionnel invitent à l'élaboration d'un nouveau système. Sous l'angle technologique, ISAK commence à être dépassé, et son extension nécessiterait un investissement considérable en ressources. Il n'assiste plus que partiellement les processus d'affaires actuels. Alors que la surveillance ne cesse d'évoluer, ISAK n'est plus en mesure de rendre entièrement compte des nouvelles tâches. S'il continue à être utilisé pour divers relevés, notamment en ce qui concerne les finances, les primes et les statistiques, il doit être remplacé, entre autres, pour les raisons mentionnées plus haut.

Le remplacement du système actuel permettra de mieux respecter le principe de la source fiable unique (*single source of truth*) et d'éviter la livraison multiple de données. Les assureurs-maladie seront ainsi déchargés de plusieurs tâches. Dans la mesure du possible, toutes les activités de surveillance devraient s'appuyer sur un pool de données commun, ce qui améliorera la transparence dans les évaluations relevant du droit de la surveillance.

Le nouveau système doit permettre de répondre aux besoins croissants des différentes parties prenantes, tant internes qu'externes. Les mesures en matière de protection des données et de sécurité de l'information seront alignées sur les standards actuels. Le nouveau système visera à automatiser autant que possible les processus et à refléter les flux de travail de façon aussi simple et cohérente que possible.

Un système entièrement nouveau sera développé. Il devra répondre aux besoins des utilisateurs et pouvoir être adapté aux exigences futures. Il sera complété par des techniques d'analyse modernes afin que l'évaluation des données puisse profiter au mieux des évolutions technologiques.

En 2024, une équipe spécialisée a poursuivi la mise en place de la nouvelle plateforme de surveillance ISAK et a procédé aux premiers relevés. En outre, la mise en place d'une plateforme d'analyse et l'automatisation d'activités jusqu'alors effectuées manuellement ont commencé.

Parallèlement à ce développement, la surveillance des assurances a poursuivi l'optimisation des processus d'affaires.

Des parties prenantes extérieures, comme les assureurs-maladie, ont été associées au développement dans le cadre de deux *sounding boards*. Les représentants des futurs utilisateurs ont pu donner leur avis, par exemple sur la nouvelle présentation des relevés et sur une démonstration en direct du relevé des comptes annuels provisoires. Les retours des assureurs-maladie aident l'OFSP à développer un produit de qualité et adapté aux attentes des utilisateurs.

7.3 Demandes des assurés

En 2024, l'autorité de surveillance a répondu à 2908 demandes écrites de citoyens dans le domaine de l'assurance-maladie, de l'assurance-accidents et de l'assurance militaire. Une grande partie de ces demandes porte sur les questions internationales, celles concernant la situation des frontaliers, des retraités et des étudiants étant particulièrement fréquentes. De nombreuses questions portent aussi sur le début de l'obligation de s'assurer et sur le pays d'assujettissement. L'exemption de l'obligation de s'assurer et la manière de procéder préoccupent également les requérants. Ces derniers sont, le cas échéant, orientés vers les conseils de l'Office de médiation de l'assurance-maladie ou informés des voies de recours possibles.

2908

réponses aux demandes des citoyens



Les récentes augmentations de primes ont suscité des inquiétudes chez de nombreux assurés. La hausse du coût de la vie est une source d'incertitude et pèse sur les ménages. De nombreux assurés suggèrent des améliorations. Un système de santé abordable reste une préoccupation fondamentale de la population. L'interdiction du démarchage téléphonique à froid pour les intermédiaires d'assurance a également été un sujet important. Cette interdiction est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2024, après que le Conseil fédéral a, le 14 août 2024, déclaré obligatoire l'accord sectoriel 3.0. Une personne a désormais la possibilité de porter plainte contre un assureur-maladie si elle a été contactée par l'assureur lui-même ou par un intermédiaire agissant en son nom. De plus amples informations à ce sujet et sur les voies de recours sont disponibles à l'adresse : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/intermediaire.html>.

7.4 Coordination avec le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT), l'Autorité fédérale de surveillance des fondations (ASF) et la FINMA

En tant qu'autorité de surveillance de l'assurance-maladie sociale, l'OFSP est autorisé et tenu par la loi de fournir aux autres autorités de surveillance suisses les informations dont elles ont besoin pour accomplir leurs tâches. En contrepartie, il dépend des informations que lui fournissent ces autres autorités de surveillance.

À cette fin, l'OFSP rencontre la FINMA deux fois par an et l'ASF et le PFPDT une fois par an. Des échanges ponctuels sur des sujets spécifiques sont également prévus en cas de besoin. En 2024, de nombreux échanges ont eu lieu, notamment avec la FINMA, concernant l'extension du champ d'application de certains points de l'accord sectoriel sur les intermédiaires d'assurance (voir ch. 8.1.7).

7.5 Révision de la surveillance intensive

En 2023 et 2024, le « concept d'intervention » a été entièrement revu et renommé en « surveillance intensive » (voir chapitre 3.1). Les objectifs de cette révision étaient d'une part de simplifier le processus de reporting tant pour les assureurs que pour l'OFSP et d'autre part de permettre une meilleure prise en considération de la situation financière des assureurs.

Dès février 2024, le nouvel instrument de la surveillance intensive a été utilisé et ce processus révisé a démontré ses nombreux avantages :

- La prise de contact avec les assureurs dans le cadre de la surveillance intensive est accélérée et a lieu dès février.
- L'utilisation d'un formulaire de reporting unique a simplifié le traitement des données.
- De nouveaux graphiques et indicateurs, à l'usage des assureurs et de l'OFSP, permettent une base de discussion améliorée et des échanges plus efficaces.
- Les besoins en ressources ont été réduites.

L'OFSP observe ainsi que la révision de ce processus a atteint ses objectifs ; le processus est plus efficace tout en permettant une meilleure prise en considération des risques des assureurs-maladie.

7.6 Révision du test de solvabilité LAMal

L'OFSP vérifie régulièrement s'il est nécessaire et possible d'apporter des modifications et des simplifications au test de solvabilité LAMal. La révision précédente de l'ordonnance du DFI sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (ORE-DFI) remontait au 1^{er} janvier 2021. L'OFSP utilisait donc le même modèle depuis cette date. La révision actuelle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2025. L'OFSP et un consultant externe ont rédigé des rapports, et certaines modifications ont été discutées avec l'Association suisse des actuaires.

Outre certaines modifications apportées au contenu et à la présentation du questionnaire, la révision du test de solvabilité LAMal introduit de nombreuses simplifications qui, en fonction des assureurs-maladie, ont des répercussions plus ou moins importantes sur le montant de la réserve minimale.

La révision a porté sur six domaines au total et s'est concentrée sur le risque d'assurance. La raison de cette révision est en partie l'entrée en vigueur en 2020 du nouveau modèle de calcul de la compensation des risques avec les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG).

- En ce qui concerne le risque aléatoire, une simplification importante réduit considérablement la quantité d'informations que les assureurs-maladie doivent fournir.
- Le risque de paramètre avait été jugé trop élevé dans le passé. De plus, la nouvelle compensation des risques fait que le risque d'assurance est désormais plus faible, raison pour laquelle le risque de paramètre est globalement moins grand dans le nouveau test de solvabilité LAMal.
- La modélisation séparée des risques des PCG de ceux des montants de compensation permet de mesurer plus précisément le risque de compensation des risques.
- Le nouveau test de solvabilité LAMal modélise le résultat attendu dans un calcul comparatif (en plus de l'estimation par les assureurs-maladie). Cela permet à l'OFSP une meilleure comparaison entre les assureurs-maladie.
- La révision des scénarios et de leur pondération entraîne des simplifications supplémentaires.
- L'AOS-UE/AELE et l'AOS-CH font désormais l'objet de modélisations distinctes.

Toutes les informations détaillées concernant la révision du test de solvabilité LAMal sont disponibles dans le rapport publié sur le site de l'OFSP « [Test de solvabilité LAMal](#) ».



8 Annexes : législation

8.1 Législation relative à l'assurance-maladie

8.1.1 Modification de la LAMal (réduction des primes) à titre de contre-projet à l'initiative d'allègement des primes

Le 9 juin 2024, le peuple et les cantons ont rejeté l'initiative populaire «Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)». Le délai référendaire pour la modification de la LAMal (réduction des primes) a expiré sans qu'il en ait été fait usage. Le contre-projet entre donc en vigueur. Pour le mettre en œuvre, le Conseil fédéral souhaite compléter son ordonnance sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance-maladie (ORPM; RS 832.112.4). Le projet est actuellement en consultation. En fonction des résultats de la consultation, le Conseil fédéral pourra faire entrer cette modification en vigueur au plus tôt le 1^{er} janvier 2026.

8.1.2 Modification de la LAMal (assurance-maladie des personnes détenues)

Le 22 novembre 2023, le Conseil fédéral a ouvert une consultation sur la modification de la LAMal concernant l'assurance des personnes détenues. Il avait chargé le DFI, en l'occurrence l'OFSP, d'étendre l'obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie à toutes les personnes détenues afin de garantir l'égalité de traitement sur le plan médical lors de la détention. La procédure de consultation a pris fin le 7 mars 2024. Le Conseil fédéral devrait transmettre un projet de loi et un message au Parlement au cours du premier semestre 2025.

8.1.3 Modification de la LAMal (échange de données et compensation des risques)

Le 14 juin 2024, le Parlement a accepté la modification de la LAMal 23.048 (échange de données, compensation des risques). Cette révision a pour but d'introduire un échange de données entre les cantons et les assureurs afin de simplifier leurs tâches respectives. De plus, les assurés qui ont leur domicile à l'étranger seront désormais inclus dans la compensation des risques. Par ailleurs, il y aura lieu de suspendre de l'obligation d'assurance les assurés que les assureurs ne parviennent plus à contacter depuis un nombre déterminé de mois.

La révision de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102) est actuellement en cours. Une délégation de compétence y est prévue pour permettre au DFI d'édicter une ordonnance sur l'échange de données. Le concept d'échange des données devra également être élaboré.

8.1.4 Modification de la LSAMal (participation des cantons à la procédure d'approbation des primes, compensation des primes encaissées en trop)

Ce projet vise, d'une part, à renforcer le rôle des cantons dans la procédure d'approbation des primes. Ceux-ci pourront désormais se prononcer sur les tarifs de primes pour leur territoire avant leur approbation par l'OFSP. Le projet prévoit, d'autre part, une modification de la compensation des primes encaissées en trop: le remboursement sera accordé aux cantons dans le cas des assurés dont la prime est entièrement prise en charge par les pouvoirs publics (réductions de primes ou prestations complémentaires). Le Conseil fédéral a transmis son message au Parlement le 7 juin 2024.

8.1.5 Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal): dispositions d'exécution pour l'échange de données et la radiation des assurés fantômes de l'effectif de l'assurance-maladie

Suite à l'adoption de la modification de la LAMal (échange de données, compensation des risques) par le Parlement le 14 juin 2024, il est nécessaire d'édicter des dispositions d'exécution. Une délégation de compétence au DFI sera insérée dans l'OAMal pour lui permettre de régler la procédure uniforme d'échange de données entre les cantons et les assureurs. Concernant les assurés fantômes, soit ceux que les assureurs ne peuvent plus contacter, il y a lieu de définir le nombre de mois donnant lieu à une suspension de l'obligation d'assurance. La procédure devra également être réglée.

8.1.6 Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal): facturation des analyses, changement d'assurance en cours d'année et obligation de communiquer le montant des versements de compensation

Suite à la modification de la LAMal concernant les forfaits dans le domaine ambulatoire, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023, l'OAMal doit également être modifiée pour mettre en œuvre le premier volet du programme de maîtrise des coûts. Cette modification concerne la facturation des analyses de laboratoire, qui pourront à l'avenir être incluses dans des forfaits négociés pour certains traitements ambulatoires plutôt que d'être facturées séparément. De plus, les personnes affiliées à une assurance avec franchise à option et libre choix des fournisseurs de prestations pourront, en cours d'année, passer à une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. Enfin, les assureurs seront tenus de communiquer aux cantons, en plus du montant de la prime approuvée, celui du versement de compensation en cas de réduction volontaire des réserves. La modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

8.1.7 Ordonnance sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance

Le 16 décembre 2022, le Parlement a adopté la loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance. Selon cette loi, le Conseil fédéral est habilité à déclarer obligatoires, pour l'assurance-maladie sociale et pour l'assurance-maladie complémentaire, certains points de l'accord des assureurs.

Les assureurs ont conclu un accord de branche le 22 mars 2024 et ont requis du Conseil fédéral la déclaration de force obligatoire le 4 avril 2024. Ils ont été auditionnés du 29 avril au 13 mai 2024. Le 14 août 2024, le Conseil fédéral a adopté l'ordonnance sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance par laquelle il déclare obligatoires les points suivants de l'accord de branche du 22 mars 2024 :

- Interdiction de la prospection téléphonique à froid.
- Limitation de la rémunération des intermédiaires: 70 francs par contrat conclu dans l'assurance-maladie sociale et 16 primes mensuelles par produit d'assurance complémentaire souscrit.
- Établissement et signature d'un procès-verbal de l'entretien-conseil avec le client.

La loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance et son ordonnance d'exécution sont entrées en vigueur le 1^{er} septembre 2024.

8.1.8 Modification de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes

Après différentes fusions de communes, l'annexe 1 de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes a été révisée (RO 2024 470). La modification comprend la mise à jour des communes en annexe conformément au répertoire officiel des communes de l'OFS. Elle prend en compte les fusions approuvées par les autorités cantonales et publiées dans la feuille fédérale avant la fin juin 2024 et qui sont entrées en vigueur au cours de l'année 2024 ou le 1^{er} janvier 2025. Les modifications de l'annexe 1 sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

8.1.9 Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2024 permettant de calculer la réduction des primes dans l'Union européenne, en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni (RS 832.112.51)

Conformément à l'ordonnance du 3 juillet 2001 concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni (ORPMUE; RS 832.112.5), le DFI doit déterminer chaque année le facteur de conversion pour la différence de pouvoir d'achat entre la Suisse et le pays de résidence du rentier ainsi que les primes moyennes de l'assurance suisse dans les États de l'UE/AELE et au Royaume-Uni afin de pouvoir déterminer le droit à des réductions de primes. Les primes moyennes correspondent aux primes de l'assurance de base (avec franchise unique de 300 francs et couverture accidents). Les indices du niveau des prix sont tirés des statistiques Eurostat (parités de pouvoirs d'achat/indices de niveau des prix/dépense de consommation finale des ménages). L'octroi de réductions de primes à des rentiers et aux membres de leur famille est de la compétence de l'IC LAMal. Les cantons se fondent également sur ces valeurs pour les réductions de primes en faveur des travailleurs frontaliers. L'ordonnance du DFI est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

8.1.10 Ordonnance du DFI du 13 novembre 2012 sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (OEDRP-DFI)

Selon l'art. 64a, al. 7^{ter}, LAMal, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024, les cantons et les assureurs-maladie doivent échanger leurs données concernant le non-paiement des primes et des participations aux coûts en suivant une norme uniforme, dont le Conseil fédéral règle les modalités. Le Conseil fédéral a fait usage de cette compétence en édictant l'art. 105h OAMal, également entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024. Selon cette disposition, le

DFI peut, dans le domaine du non-paiement des primes et des participations aux coûts, édicter des prescriptions techniques et organisationnelles pour l'échange et le format des données.

Le 18 juin 2024, la CDS et SantéSuisse ont demandé à l'OFSP que, sur la base de l'art. 105h OAMal, une ordonnance du DFI déclare la version 2-01 de leur concept « Échange de données au titre de l'article 64a LAMal » standard obligatoire pour tous les cantons et assureurs-maladie en ce qui concerne l'échange de données au titre des art. 64a LAMal et 105a ss OAMal. Une telle déclaration de caractère obligatoire correspond à la disposition de l'art. 6 OEDRP-DFI dans le domaine de l'échange de données relatif à la réduction des primes.

Pour des raisons de technique législative, l'extension du champ d'application de l'OEDRP-DFI au non-paiement des primes et des participations aux coûts nécessite une révision totale de cette ordonnance. Les dispositions existantes concernant l'échange de données relatif à la réduction des primes doivent rester pour l'essentiel inchangées. L'entrée en vigueur de l'ordonnance entièrement révisée est prévue pour le 1^{er} juillet 2025.

8.1.11 Modification de l'ordonnance du DFI sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale

Sur la base des observations de l'utilisation du test de solvabilité, l'OFSP a apporté à ce dernier les améliorations nécessaires. Celles-ci ont permis un affinement du modèle de la compensation des risques. Cela a notamment des conséquences sur le risque de la compensation des risques et sur le risque d'assurance. La présente modification concerne notamment la prise en compte séparée du risque d'assurance pour l'AOS dans l'Union européenne, la simplification du calcul du risque aléatoire, la modification du calcul du risque de paramètre, la modification du calcul du risque de la compensation des risques et la modification des scénarios et de leur pondération. L'ordonnance modifiée est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2025. Voir aussi chiffre 4.2 ci-dessus.

8.1.12 Modification de l'ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR-DFI)

Les progrès de la médecine entraînent chaque année de nombreuses modifications dans la LS. La liste des PCG qui figure en annexe de l'OCOR-DFI doit par conséquent être mise à jour avec les nouveaux médicaments inscrits dans la LS. La modification de l'OCOR-DFI a été décidée le 3 mars 2024 et est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2024.

8.2 Législation relative à l'assurance-accidents

8.2.1 Motion 11.3811 Darbellay « Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents »

Le 27 septembre 2024, le Conseil fédéral a adopté le message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) : mise en œuvre de la motion 11.3811 Darbellay « Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents ». Cette modification vise à garantir le versement des indemnités journalières dans les cas où l'incapacité de travail est due à une rechute ou aux séquelles tardives d'une blessure survenue lorsque l'assuré était plus jeune.

Le projet propose de modifier la LAA en ajoutant un al. 3 à l'art. 8, afin de prévoir que les rechutes et les séquelles tardives dont souffre un assuré à la suite d'un accident qui n'a pas été assuré par la LAA, et qui est survenu avant l'âge de 25 ans, sont également considérées comme étant des accidents non professionnels.

Il est également proposé d'ajouter un nouvel al. 2^{bis} à l'art. 16 LAA. Celui-ci prévoit que les rechutes et les séquelles tardives susmentionnées donnent naissance à un droit aux indemnités journalières de l'art. 16 LAA. Il règle également la manière dont le droit aux indemnités journalières est concrètement organisé. Il prévoit notamment que ce droit est limité dans le temps, puisqu'il s'éteint au plus tard 720 jours après sa naissance. Les indemnités journalières nées de cette nouvelle disposition sont par ailleurs subsidiaires aux autres types d'indemnités pour perte de gain, puisqu'elles sont versées uniquement lorsque l'obligation de l'employeur de verser le salaire s'éteint, et qu'un droit aux indemnités journalières d'une quelconque assurance perte de gain n'existe plus.

Ce nouveau risque à charge des assureurs sera financé par une très légère adaptation des primes, celles-ci devant légalement s'avérer conformes aux risques. Cette solution répond ainsi au sens strict au but de la motion susmentionnée. Ce projet sera débattu au Parlement dans le courant de l'année 2025.

8.2.2 Fondation Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Les besoins financiers de la fondation Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), qui verse des indemnités aux victimes de l'amiante et à leurs proches n'ayant pas droit aux prestations de l'assurance-accidents, ne sont pas garantis à long terme. Avec l'introduction d'un

art. 67b LAA, il est proposé de créer la possibilité pour la CNA d'apporter un soutien financier à la fondation FIVA. Un éventuel financement sera assuré exclusivement par les excédents de recettes de l'assurance contre les accidents et les maladies professionnels. Il appartiendra au Conseil de la CNA de décider si un tel soutien est accordé et, dans l'affirmative, quel en est le montant.

8.2.3 Modification de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) en lien avec les grands sinistres

Le 31 janvier 2024, le Conseil fédéral a approuvé le « Règlement Grand sinistre » de la caisse supplétive LAA, qui fixe notamment les modalités de la mise en œuvre du financement d'un fonds de compensation, à l'exception de son art. 26. Celui-ci définit le supplément de prime qui sera prélevé lors de la clôture du fonds pour couvrir les coûts restants d'un grand sinistre. Comme ce dernier supplément de prime doit couvrir tous les dommages encore dus jusqu'à la liquidation complète du fonds, une modification de l'art. 95a OLAA est nécessaire. Le 30 octobre 2024, le Conseil fédéral a décidé d'ouvrir la procédure de consultation à ce sujet; celle-ci se terminera en février 2025.

8.2.4 Modification de l'ordonnance 25 sur les allocations de renchérissement aux rentiers de l'assurance-accidents obligatoire

Les bénéficiaires de rentes d'invalidité et de survivants de l'assurance-accidents reçoivent des allocations pour compenser le renchérissement. L'adaptation des rentes LAA au renchérissement a lieu en même temps que celle des rentes AVS et elle est calculée à chaque fois sur la base de l'indice national des prix à la consommation (IPC) du mois de septembre. Cette année, l'IPC a augmenté de 2,5 % par rapport à la dernière adaptation du renchérissement dans l'assurance-accidents obligatoire le 1^{er} janvier 2023. Cette augmentation sera répercutée sur les bénéficiaires de rentes LAA. L'ordonnance 25 sur les allocations de renchérissement aux rentiers de l'assurance-accidents obligatoire est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

8.2.5 Adaptation de l'art. 2, al. 1, OLAA concernant les clubs sportifs

La liste des exceptions à l'obligation de s'assurer énumérées à l'art. 2, al. 1, OLAA est complétée par une lettre supplémentaire. Les clubs de sport et les organisations similaires dans le domaine du sport seront à l'avenir exemptés de l'obligation de s'assurer si le revenu qu'ils versent aux sportifs ou aux entraîneurs travaillant pour eux ne dépasse pas les deux tiers de la rente minimale

annuelle de l'AVS. Cette exception ne s'appliquera que si toutes les personnes exerçant de telles fonctions perçoivent un revenu inférieur à cette limite. Elle a été créée dans le but d'alléger la charge financière pour les clubs de sport non professionnels et les organisations similaires dans le domaine du sport, qui sont régulièrement confrontés à des primes LAA conséquentes en raison du risque accru de blessures et des coûts élevés en cas d'accident. La modification de l'OLAA est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2024.

8.2.6 Postulat 15.3797 CSSS-N Harmonisation des prix pour les prestations selon la LAA et la LAMal

Le postulat 15.3797 Harmonisation des prix pour les prestations selon la LAA et la LAMal, déposé le 26 juin 2015 par la CSSS-N, chargeait le Conseil fédéral d'examiner de quelle manière et grâce à quelles mesures il serait possible d'harmoniser les prix des assurances sociales fédérales AA/AM/AI avec ceux de l'AOS et comment garantir l'égalité de traitement des assurés dans le domaine de l'assurance contre les accidents non professionnels. La conclusion du rapport rédigé en réponse à ce postulat est que les écarts de prix reposent sur des différences d'ordre systémique entre l'AOS et les autres assurances. La différence la plus marquante est que la réglementation des assurances fédérales repose sur une conception uniforme à l'échelle nationale alors que celle de la LAMal accorde davantage de poids aux cantons. La création d'une branche d'assurance sociale unique pour les atteintes à la santé résultant d'une maladie ou d'un accident aurait des conséquences majeures pour les employeurs et les travailleurs.

8.3 Législation relative à l'assurance militaire

8.3.1 Modification de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM; RS 833.11) concernant les primes

Pour l'année 2025, la prime s'élève à 450 francs pour la protection contre la maladie des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative; le supplément pour la protection contre les accidents des assurés auprès de l'assurance de base facultative est de 61 francs. Les art. 28a, al. 1, et 28b OAM ont été modifiés en conséquence.

8.3.2 Révision de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM; RS 833.11)

Le 1^{er} janvier 2018, des modifications concernant le développement de l'armée sont entrées en vigueur. Les adaptations correspondantes de termes et de renvois

obsolètes dans l'OAM, qui n'ont pas été effectuées à l'époque, le seront dans le cadre de la présente révision. En outre, la précision de la réglementation introduite au 1^{er} janvier 2022 dans l'OLAA concernant la « taxe de référence » doit également être mise en œuvre dans l'OAM. Enfin, l'art. 12 OAM, qui a notamment pour objet les auxiliaires médicaux autorisés à exercer une activité indépendante conformément à l'OAMal, sera adapté à la situation actuelle.

8.3.3 Modification de l'ordonnance sur l'adaptation des prestations de l'assurance militaire à l'évolution des salaires et des prix (RS 833.12)

Par voie d'ordonnance, le Conseil fédéral est tenu d'adapter pleinement à l'indice des salaires nominaux établi par l'Office fédéral de la statistique (OFS) les rentes de durée indéterminée des assurés qui n'ont pas atteint l'âge de la retraite et les rentes du conjoint et des orphelins des assurés décédés qui, au moment de l'adaptation, n'auraient pas atteint cet âge. Toutes les autres rentes fixées pour une durée indéterminée doivent être adaptées intégralement au niveau de l'indice des prix à la consommation. L'adaptation a lieu en même temps que celle des rentes AVS/AI, c'est-à-dire en principe tous les deux ans. Les rentes et l'ordonnance AM sur l'adaptation ont été modifiées en conséquence au 1^{er} janvier 2025.



9 Glossaire

Audit

Les audits sont des inspections réalisées directement auprès des assureurs-maladie.

Collectifs de risques

Cette notion correspond à la fusion de plusieurs groupes (groupes d'âge, cantons ou modèles d'assurance).

Combined ratio

Le *combined ratio* est un indicateur exprimant le rapport entre les coûts (charge d'assurance et d'exploitation) et les primes. Un *combined ratio* inférieur à 100 % signifie que les primes de l'assureur couvrent ses coûts.

Conformité (compliance)

Par conformité (angl. *compliance*), on entend le respect des lois et des normes.

Fortune liée

Le débit de la fortune liée correspond aux provisions techniques. Les assureurs sont tenus de garantir par une fortune liée les droits conférés par les rapports d'assurance et par les contrats de réassurance.

Gouvernance d'entreprise

La gouvernance d'entreprise désigne l'ensemble des principes axés sur la poursuite d'intérêts durables des entreprises qui, tout en sauvegardant la capacité de décision et l'efficacité, visent à instaurer au plus haut niveau de l'entreprise la transparence et un rapport équilibré entre la direction et la surveillance. L'activité d'une entreprise est durable lorsque les intérêts des différentes parties prenantes dans l'entreprise sont pris en considération et que les objectifs économiques, sociaux et écologiques sont poursuivis dans leur ensemble¹.

Provisions techniques

Les assureurs constituent des provisions techniques appropriées. Celles-ci comprennent les provisions destinées à couvrir les coûts des traitements passés qui n'ont pas encore été facturés, les provisions pour les cas d'assurance qui n'ont pas encore été facturés dans l'assurance facultative d'indemnités journalières et, si les primes sont échelonnées en fonction de l'âge d'admission, les provisions de vieillissement de l'assurance facultative d'indemnités journalières. En outre, des provisions sont constituées pour des sinistres à régler.

¹ Source : Code suisse de bonnes pratiques pour la gouvernance d'entreprise 2023, Economiesuisse (consulté le 13.12.2023)

10 Liste des abréviations

AA	Assurance-accidents
AELE	Association européenne de libre-échange
AI	Assurance-invalidité
AM	Assurance militaire
AMal	Assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASA	Association suisse des actuaires
ASF	Autorité fédérale de surveillance des fondations
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
BAGSAN	Statistique de l'OFSP sur la base de données anonymisées des assurés
BCM	<i>Business continuity management</i>
BNS	Banque nationale suisse
CDF	Contrôle fédéral des finances
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
DFI	Département fédéral de l'intérieur
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers FINMA
FIVA	Fondation Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FL	Fortune liée
FSA	Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie
IC LAMal	Institution commune LAMal
IPC	Indice national des prix à la consommation
ISAK	Système d'information de la surveillance de l'assurance-maladie
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire (RS 833.1)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1)
LS	Liste des spécialités
LSA	Loi sur la surveillance des assurances
LSAMal	Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.12)
LTrans	Loi fédérale sur le principe de la transparence dans l'administration (RS 152.3)

OAM	Ordonnance sur l'assurance militaire (RS 833.11)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
OCoR	Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (RS 832.112.1)
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OLAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents (RS 832.202)
ORe-DFI	Ordonnance du DFI sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (RS 832.102.15)
OSAMal	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121)
PCG	Groupes de coûts pharmaceutiques
PFPDT	Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence
RS	Recueil systématique du droit fédéral
SCI	Système de contrôle interne
SMC	Service du médecin-conseil
SST	<i>Swiss Solvency Test</i>
UE	Union européenne

